

Posición invertida de piezas permanentes: Resultado Clínico

Prof. Dr. Wenceslao Gallardo Moreno*

Dra. Sonia Bastidas de Gallardo**

SEGUNDA PARTE

(la primera parte de este artículo, se publicó en el No. 2 de 1985)

CASO No. 3.- El 8 de Agosto de 1980 se examina a un paciente de doce años de edad, en el cual puede observarse clínicamente que los incisivos centrales superiores están en rinoversión dentro de la mucosa oral. El espacio para su ubicación se ha perdido significativamente. El 11 de Agosto de 1980 se procede a los exámenes correspondientes (Figuras 73, 74, 75, 76, 77, 78A, 78B, 78C, y 78D).

* Decano y Profesor Principal de Ortodoncia de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil.

** Premio Universidad de Guayaquil.

Con la experiencia de los dos casos anteriores, se procede a hacer una planificación reflexiva del caso y la conducta respecto a los incisivos centrales que están en posición invertida va a ser la más sutil, con el criterio concreto del "diente cautivo"; es decir que, si lo liberamos, él debiera tender a erupcionar hacia la cavidad bucal, buscando su correcta ubicación. La ubicación de los incisivos no es con la corona dirigida hacia la nariz, sino hacia la cavidad bucal. El diente deberá seguir la tendencia normal; por razones desconocidas está en rinoversión, pero si a la corona la dejamos libre, ella deberá buscar su sitio normal de ubicación en la cavidad bucal. Como ya lo habíamos señalado, con las experiencias anteriores trataremos de que la rotación de estas piezas sea la más natural posible.

El 7 de Abril de 1981 se realiza la intervención quirúrgica, con el objeto de liberar la corona de los incisivos centrales superiores (Fig. 79). Es importante destacar, si comparamos con los casos anteriores, que la cara palatina de estas piezas está hacia vestibular y la cara vestibular hacia palatino (este último término habrá que revisarse). Parecería ser que la naturaleza ubica la cara palatina hacia vestibular, con el ánimo de favorecer su tratamiento. Señalo además en el anamnesis del chico, ningún factor traumático en el sector que estamos estudiando.

Luego de esta intervención, es decir, el 21 de abril de 1981, podemos advertir que la mucosa ha invadido el central izquierdo y parte del central derecho (Fig. 80). Sin embargo, se destaca que una gran parte de la corona del central derecho ya no va a ser invadida por la mucosa bucal; el proceso de rotación ha empezado. El 9 de Mayo de 1981 se colocan aparatos en el maxilar superior, con el objeto de recuperar el espacio para los incisivos centrales superiores. Dejamos anotado además que cuando el paciente se presentó a la consulta, se había realizado la extracción de los segundos premolares superiores, los cuales habían erupcionado por palatino por migración a mesial de los primeros molares superiores. Se procede a una segunda intervención a fin de liberar el incisivo central superior izquierdo (Fig. 81).

En la Fig. 82 (fotografía tomada el 17 de Junio de 1981) se observa la lesión que produce el borde incisal en la mucosa bucal; en parte se ve liberado el central izquierdo. Destáquese además el resorte espiral entre los laterales superiores, con el propósito de recuperar el espacio. En esta época se vuelve a intervenir para dar mayor amplitud de erupción, especialmente al incisivo central izquierdo; se sutura la mucosa y se coloca cemento quirúrgico para evitar la invasión de los tejidos adyacentes. El 22 de Junio de este mismo mes se vuelve a ver al paciente, en el cual se observa la posibilidad de actuar sobre el central derecho.

Los fundamentos académicos para el desarrollo del tratamiento son los siguientes:

El diente es una unidad funcional individual (6) que está sujeta a diversas influencias bio-mecánicas. Hay que considerar la relación de corona a raíz en lo que concierne el brazo de palanca sobre el periodonto.

Relación de corona a raíz.- Hay tres consideraciones básicas en lo referente a la palanca sobre el periodonto:

- 1) La relación de corona a raíz;
- 2) el ancho de la corona;
- 3) la posición y forma de las cúspides.

Relación de corona a raíz.- La estabilidad del diente recibe la influencia de la palanca que se ejerce sobre el periodonto. La naturaleza de esta palanca depende de la cantidad de diente que queda dentro del hueso (raíz clínica) en relación con la parte del diente que no lo está (corona clínica). El aumento de la longitud de la corona clínica crea una palanca desfavorable sobre el periodonto. La raíz clínica puede ser corta, como consecuencia de la variación morfológica de la anatomía radicular, o como producto de la pérdida ósea, o una combinación de los dos factores.

El objetivo de este caso es aprovechar la fuerza muscular labial actuando sobre la cara vestibular del incisivo central derecho, se procede a construir un casquete acrílico, el cual se cementa en la pequeña corona visible del caso. Con esta medida aumentamos el largo, ancho y profundidad de la corona clínica, creándose una palanca favorable de acuerdo a nuestros objetivos. Con la colocación de la corona acrílica, la fuerza muscular del labio empezó a actuar sobre ella, rotando poco a poco la pieza (Fig. 83) (fotografía tomada el 26 de junio de 1981).

El 25 de Septiembre de 1981 se retira el casquete acrílico del incisivo central derecho (Fig. 84). Obsérvese que el central derecho está bastante rotado y el central izquierdo está significativamente liberado en la cavidad bucal; nótese que hasta el momento únicamente hemos utilizado la fuerza eruptiva de las piezas dentarias, la fuerza muscular y la tendencia de esas mismas piezas a ubicarse en el sitio que les corresponde. El espacio entre los laterales superiores se ha recuperado exitosamente.

El 29 de octubre de 1981 se colocan dos casquetes acrílicos a los incisivos centrales, en los cuales se les adiciona dos brackets (Figs. 85 y 86). Luego después, se coloca un alambre trenzado para seguir rotando las piezas (Fig. 87). El 19 de Enero de 1982 se retiran los casquetes (Fig. 88). Obsérvese la gran rotación de esas piezas. Se vuelven a confeccionar dos nuevos casquetes y se prosigue con el tratamiento con un alambre 0.4 (Fig. 89).

El 19 de Febrero de 1982 se retiran los casquetes y se colocan dos brackets en los incisivos centrales, los cuales se ligan al arco principal con elásticos (Fig. 90).

El 18 de Marzo de 1982 se coloca un arco trenzado; obsérvese que es interesante ver la ubicación que están tomando los incisivos centrales (Fig. 91).

Posteriormente se detecta la necesidad de nivelar la arcada inferior y se colocan los correspondientes aparatos. Posteriormente a ésto, se aprecia un aumento del overjet, con una gran tendencia a la distoposición mandibular. Dejamos anotado además en el paciente la pérdida de los dos primeros molares inferiores.

El 27 de Julio de 1982 se retira el arco del maxilar superior. En la figura 92 podemos observar el apiñamiento a nivel de los centrales superiores.

Tomando en consideración el apiñamiento anterior y la falta de espacio, el 5 de Noviembre de 1982 se extrae el primer premolar superior izquierdo, con el objeto de distalar el canino.

El 18 de Enero de 1983 se observa un marcado aumento del overjet, razón por la cual retiro arcos superior e inferior, de tal manera de controlar la evolución del problema del aumento del overjet (Fig. 93).

El 2 de marzo de 1983 se observa la colocación de un arco seccional para continuar el distalamiento del canino (Figs. 94 y 95).

El 28 de septiembre de 1983 se toman fotografías, en las cuales se observa un arco de retrusión colocado el 24 de agosto de 1983; destacamos la zona inflamatoria a nivel del cuello del centro izquierdo (Figuras 96 y 97).

El 31 de octubre de 1983 se realizan desgastes interproximales, para lograr un poco más de retrusión superior. En la fotografía tomada el 30 de noviembre de 1983 podemos observar que el overjet ha sido controlado en gran medida (Fig. 98).

La zona inflamatoria a nivel del central izquierdo es producto de una excrecencia adamantina, la cual fue limada en parte, pero el proceso inflamatorio continuó (Fig. 99).

El periodoncista ha recomendado el limado de ese sector, con lo cual se eliminaría la espina irritativa, que produce en ese lugar una inflamación gingival crónica.

El 20 de febrero de 1984 se retiran los aparatos y el 21 se coloca una placa de contención.

En las figuras 100, 101 y 102 puede observarse una fotografía tomada el 10 de mayo de 1984, en donde se aprecia un leve overjet.

El paciente será mantenido un tiempo más con placa de contención. En la figura 103 puede observarse una radiografía tomada el 18 de marzo de 1982.

El problema de la posición invertida de piezas permanentes es una situación hasta el momento no ampliamente estudiada y, que amerita un estudio académico más profundo para tratar de esclarecer su etiología.

Hemos podido observar especialmente los mesiodent en posición invertida; mostramos además una copia de un caso presentado por Tomes de un segundo molar superior con la muela del juicio invertida. Este hecho nos hace pensar que este tipo de problemas podrían aparecer en cualquier sector dentario. Sin embargo, surge la idea en el sentido de investigar más profundamente el problema, para determinar cual es el sector predilecto de esta irregularidad, tanto en el maxilar superior como en el maxilar inferior (Fig. 103).

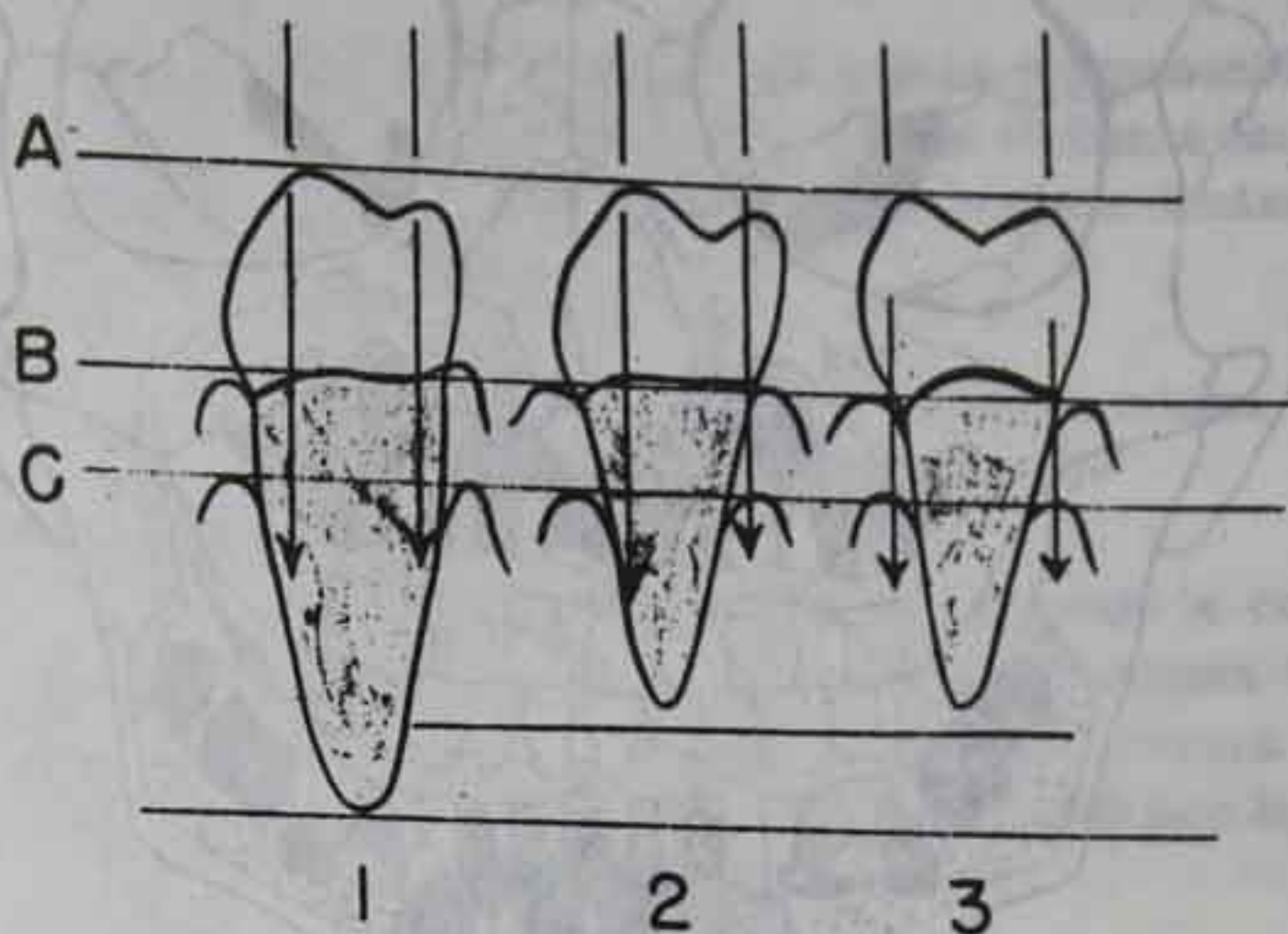


FIGURA 104.

La distribución desfavorable de las fuerzas funcionales asociada con variaciones en la relación de corona a raíz se acentúa en casos en que el soporte periodontal está disminuído.

1.- Premolar normal. Las fuerzas verticales de la oclusión caen dentro de los límites de la raíz cuando el periodonto está en la línea amelosementaria (B) y también cuando disminuye la altura del periodonto (C) en el primer caso, la corona clínica es (A-B) y en el segundo es (A-C).

2.- Premolar con corona normal y raíz corta. Las fuerzas verticales caen apenas justo dentro de los límites de la raíz cuando el periodonto está en la línea amelosementaria. (A). Sin embargo, cuando el periodonto se reduce (C), las fuerzas de la oclusión caen fuera de la raíz.

3.- Premolar con corona anormalmente ancha y raíz corta. Las fuerzas de la oclusión se dirigen más allá de la periferia cuando el periodonto está en la línea amelosementaria (B) y también cuando se reduce el nivel del periodonto (C).

FIGURA 105.

Un segundo molar superior con la muela del juicio invertida y aprisionada dentro de las raíces (Tomes).



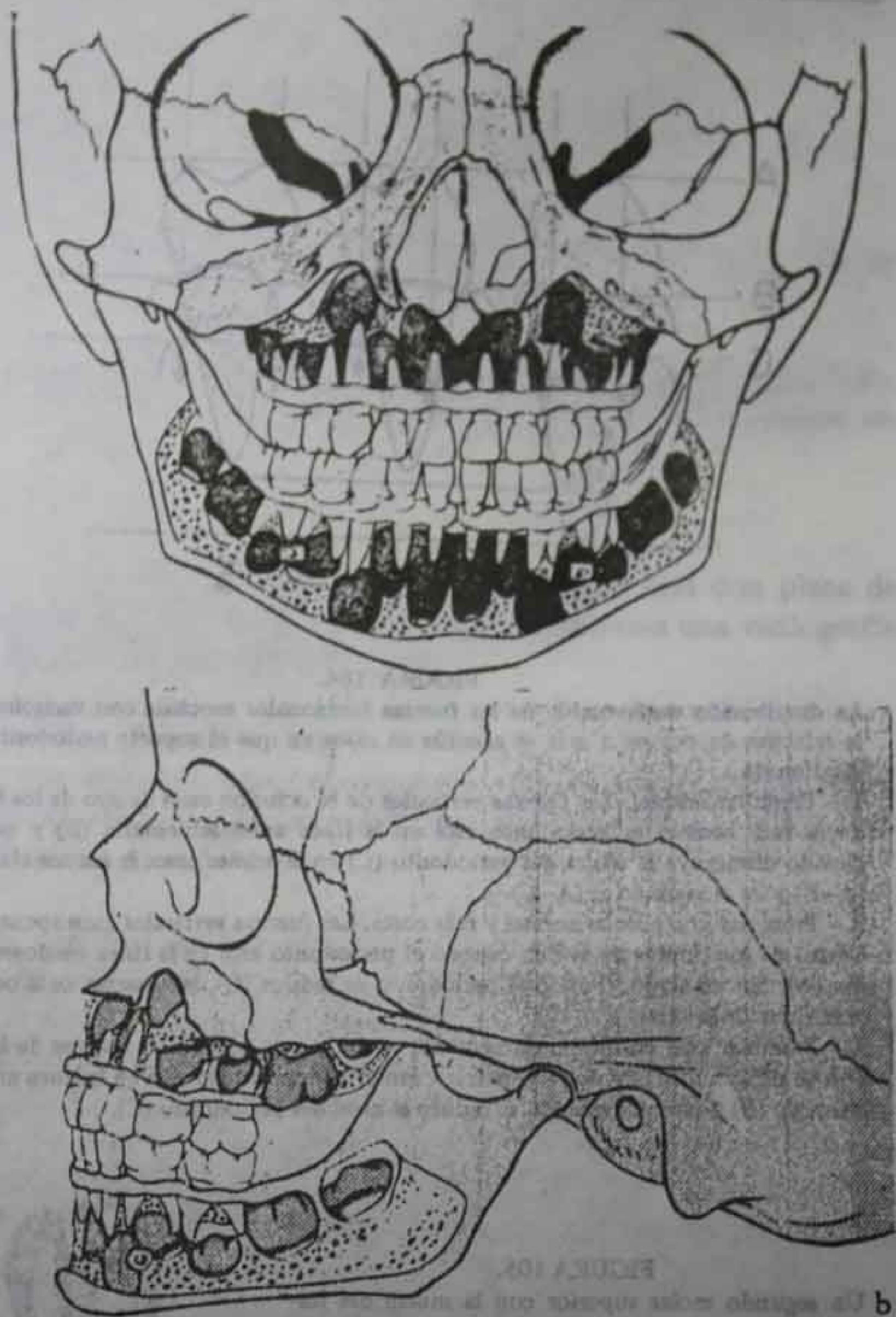


FIGURA 106.

Relaciones topográficas entre los dientes temporarios y los permanentes en un niño de cuatro años de edad. Vistas de frente (a) y de perfil (b).

5.— CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- 1) En caso de posición invertida de piezas permanentes es conveniente, en primera instancia, liberar el diente cautivo y propender de cualquier manera a que la pieza dentaria erupcione en forma natural.
- 2) La pieza dentaria tiende a enderezarse por sí misma, ayudada por la presión del labio superior.
- 3) Cuando ha erupcionado lo suficiente, procede la colocación de un casquete acrílico o similar, de tal manera de aumentar el largo, ancho y profundidad de la corona y, en consecuencia, acelerar la rotación coadyuvada por la fuerza muscular labial (Fig. 104).
- 4) Cuando ha rotado lo suficiente, se pueden adicionar aditamentos ortodóncicos directamente cementados a la corona (bracket).
- 5) En caso de posición invertida total de la pieza dentaria, sería conveniente liberar la corona y observar el caso. Si esto no da resultado, sería factible el reimplante de la pieza; las dos alternativas ameritan una investigación más profunda.
- 6) El problema de la posición invertida de piezas permanentes lo hemos podido observar en el sector antero superior; sin embargo, la literatura odontológica señala casos en otros sectores. Destacamos la posición invertida del mesio-dents (Fig. 105).
- 7) Dentro de la etiología podríamos señalar situaciones traumáticas en la zona maxilar en algunos casos, o podría estar dentro de un problema congénito o idiopático.

- 8) La inversión de piezas permanentes nos hace pensar en la inversión del germen dentario de la futura pieza a formarse (Fig. 106).
- 9) Los resultados obtenidos ameritan la conducta puesta de manifiesto en esta investigación.
- 10) La observación de dos de los tres casos presentados, nos hace concluir que hay una tendencia de la pieza dentaria a buscar el lugar que le corresponde en el maxilar, situación que puede ser acelerada ortodóncicamente.
- 11) La liberación coronal del diente cautivo es el paso número 1 para este tipo de problemas.



FIGURA No. 63

Fotografía tomada el 25 de agosto de 1980, a medida que el tratamiento se completaba.



FIGURA 64.

Obsérvese la colocación de un aparato ortopédico. Casquete—mentonera.



FIGURA No. 65.

Fotografía tomada el 20 de abril. Obsérvese el caso terminado, lado derecho.

FIGURA No. 66.

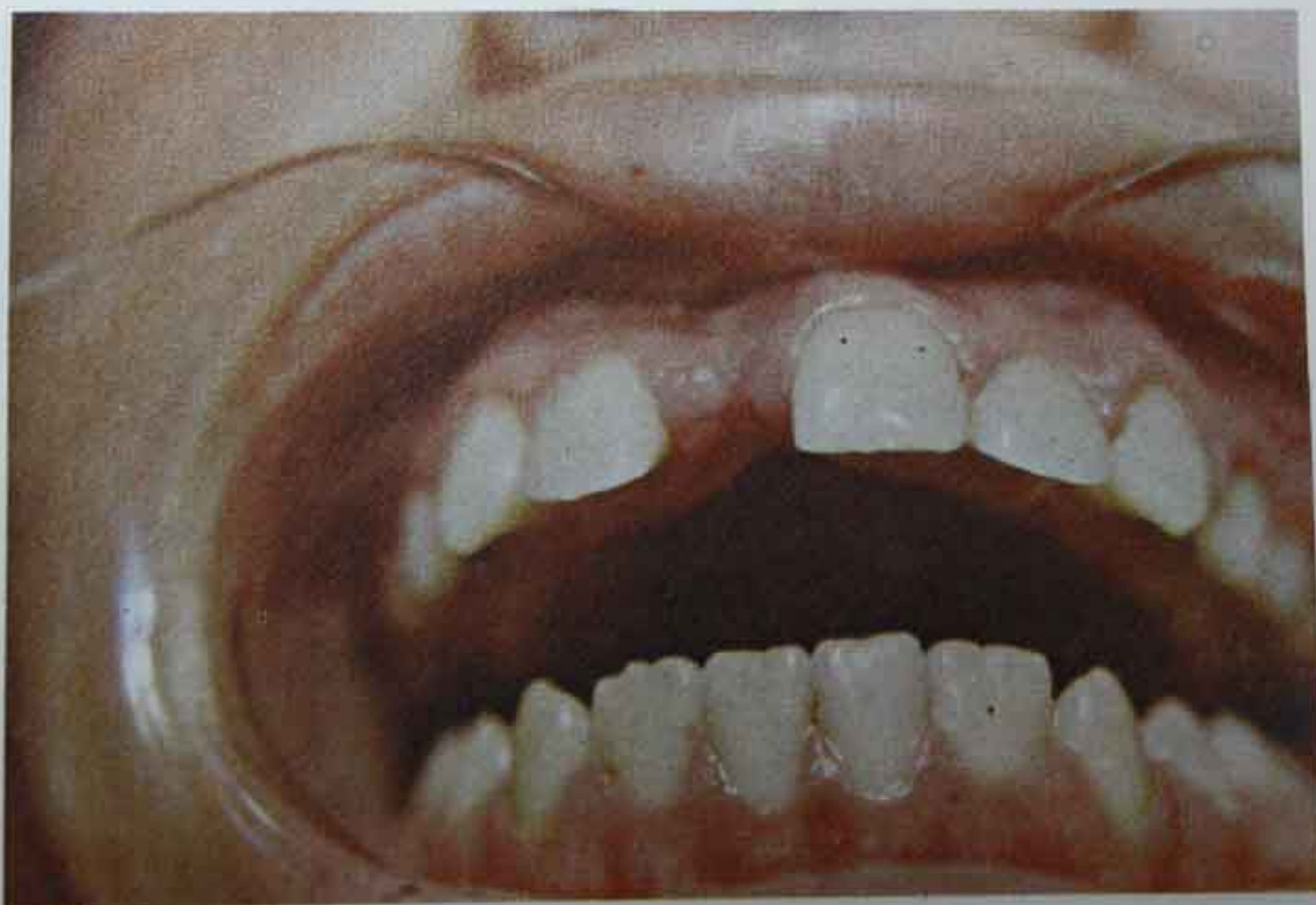
Abril 20 de 1981. Caso terminado, de frente.





FIGURA 67.
Abril 20 de 1981. Caso terminado, lado izquierdo.

FIGURA 68.
Abril 20 de 1981. Caso terminado, en apertura.



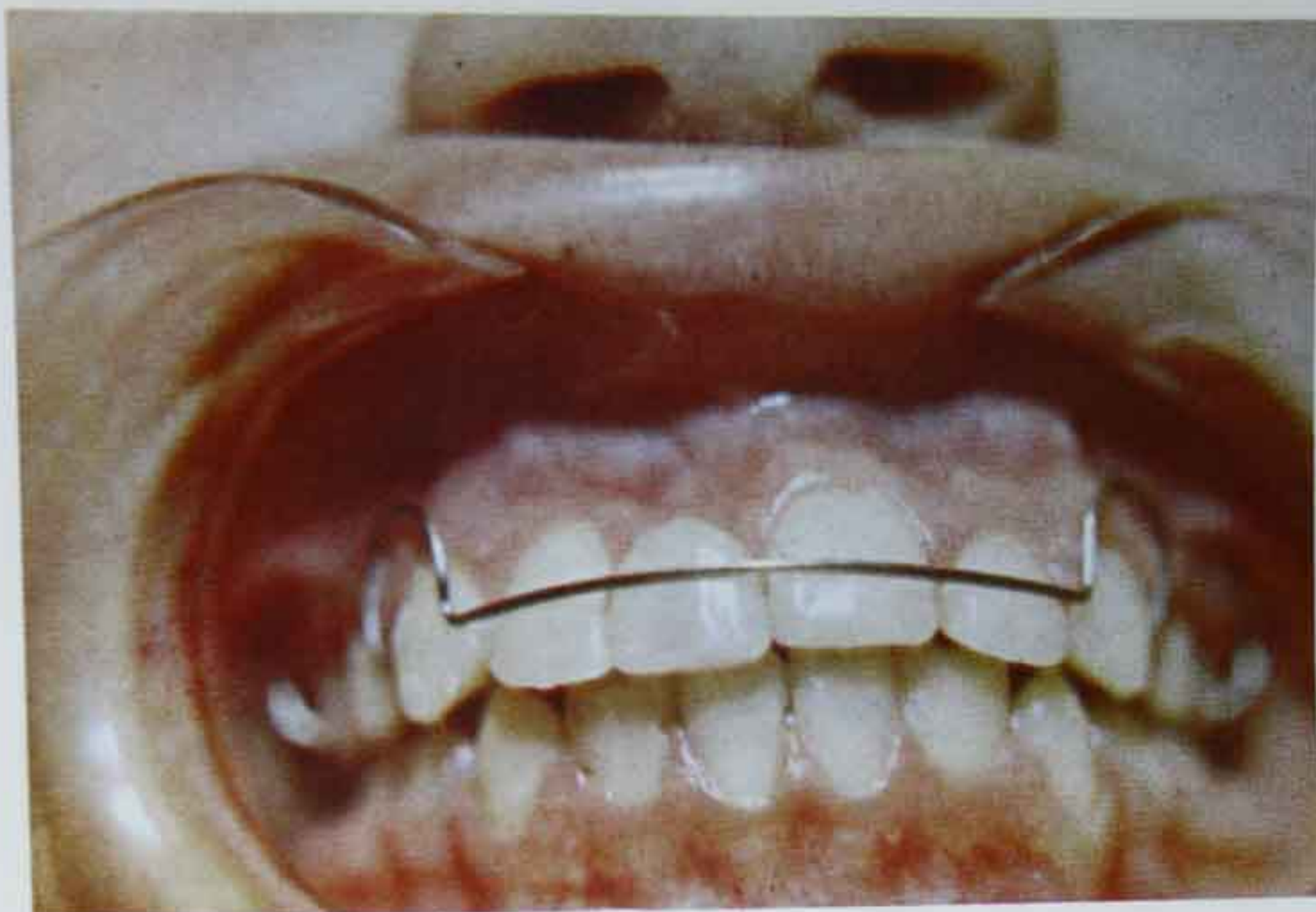


FIGURA 69.

Abril 20 de 1981. Caso terminado, con una placa de contención y un diente artificial.

FIGURA 70

Enero 5 de 1983. Caso terminado, con un aparato removible, metálico provisional. Se cambió la prótesis plástica por problemas de alergia.





FIGURA 71.

Enero 5 de 1983. Caso concluído.



FIGURA 72.

Enero 5 de 1983. Caso concluído.



FIGURA No. 73.

Agosto 11 de 1980. Fotografía de frente del caso No. 3

FIGURA No. 74.

Fotografía de perfil tomada el 11 de agosto de 1980.





FIGURA 75:

Agosto 11 de 1980. Intraoral, sector anterior, obsérvese las prominencias en el vestíbulo. Se nota además una gran pérdida de espacio para los centrales.

FIGURA 76.

Agosto 11 de 1980. Intraoral del lado derecho.





FIGURA 77.
Agosto 11 de 1980. Fotografía intraoral.



FIGURA No. 78. A.-
Agosto 11 de 1980. Fotografía intraoral, lado izquierdo.



FIGURA 78 – B. –

Agosto 11 de 1980. Radiografía del caso No. 3, en el cual se puede observar con mucha claridad la posición invertida de los centrales permanentes. Es importante señalar el gran parecido de esta figura con la radiografía del caso No. 1. Compárese con la figura No. 42



FIGURA 78–C. –

Abril 2 de 1981. Otra radiografía del mismo caso.



FIGURA 78-D.-
Abril 2 de 1981. Otra radiografía del caso No. 3.

FIGURA No. 79.-
Fotografía del 7 de abril de 1981. Obsérvese la cara palatina de los centrales después de la intervención. La inversión dentaria es claramente apreciable.





FIGURA No. 80.

Fotografía del 21 de abril. Obsérvese que la mucosa ha invadido el central izquierdo y parte del central derecho; sin embargo, es importante hacer resaltar que el central derecho ha empezado su rotación hacia la cavidad bucal.

FIGURA No. 81.

Fotografía de 9 de mayo de 1981. Otra intervención quirúrgica para liberar al central izquierdo. Nótese la colocación de brackets.



FIGURA No.82.



Fotografía de 17 de junio de 1981. El central izquierdo está en parte liberado; la mucosa bucal está ulcerada como consecuencia del borde inicial del central derecho en erupción. Nótese además un espiral en los laterales superiores para recuperar espacio.

Fotografía de 26 de junio de 1981. El 22 de junio se colocó el casquete acrílico, con el objetivo de aumentar el largo, ancho y profundidad de la corona, aprovechar la fuerza muscular como fuerza que irá rotando el central. Nótese además las suturas en el sector del central izquierdo, para evitar la invasión de la mucosa oral.

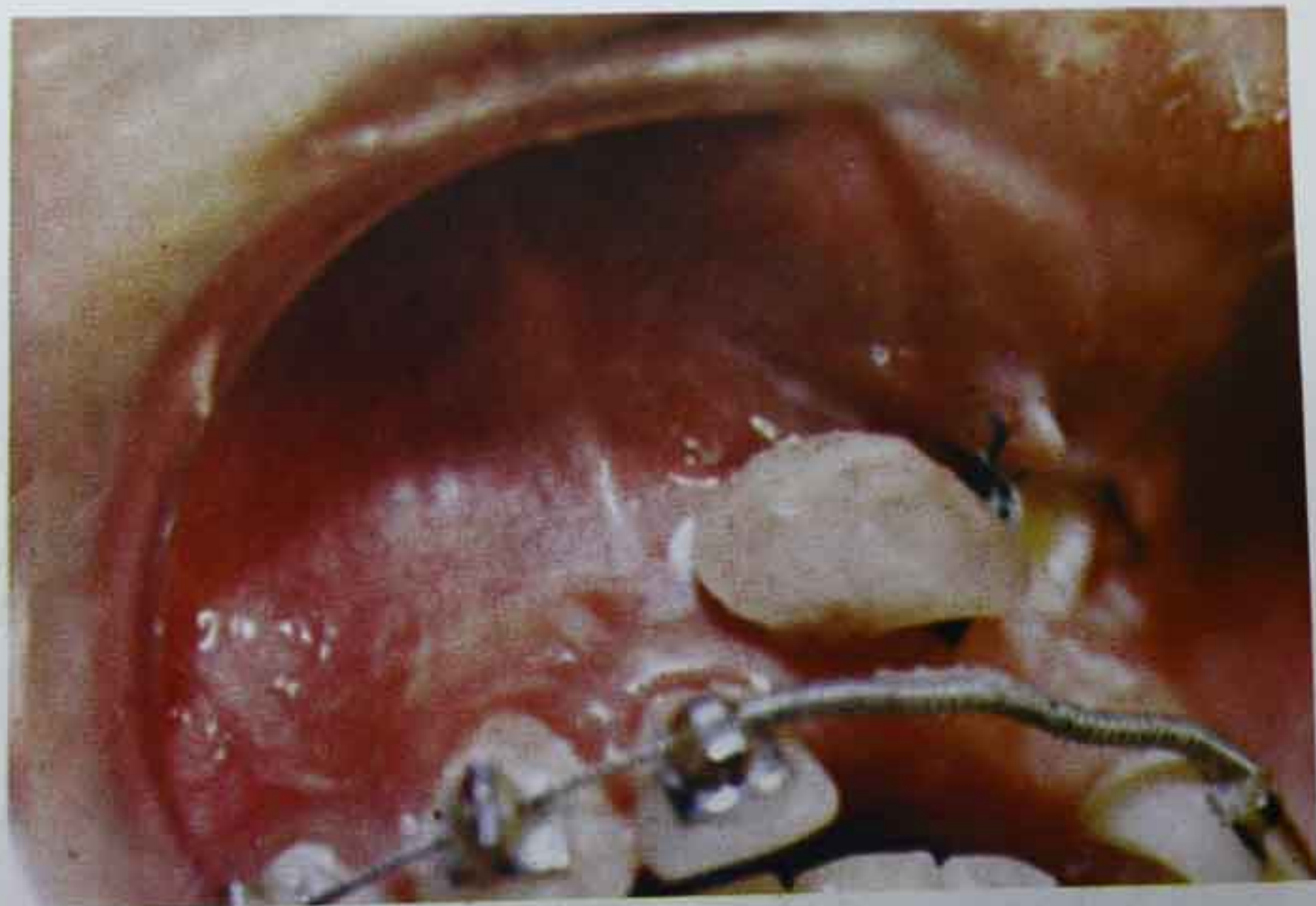


FIGURA No. 83.



FIGURA 84.

Septiembre 25 de 1981. Nótese que el central derecho se ha enderezado significativamente; el izquierdo está aflorando hacia la cavidad bucal.

FIGURA 85.

Octubre 29 de 1981. Nótese la colocación de dos casquetes acrílicos con brackets incorporados.





FIGURA 86.
Octubre 29 de 1981. El caso visto con palatino.

FIGURA 87.
Octubre 29 de 1981. Nótese la colocación de un arco trenzado.





FIGURA 88.

Enero 19 de 1982. Los centrales están tomando una posición muy favorable. Se nota inflamación gingival alrededor de las piezas dentarias producida por los casquetes acrílicos.

FIGURA 89.

Enero 19 de 1982. Obsérvese la colocación de un arco 0.4.





FIGURA 90.

Del 19 de febrero de 1982. Obsérvese la colocación de brackets en los incisivos centrales y además la seda elástica de los dientes al arco.



FIGURA 91.

Marzo 18 de 1982. Colocación de un arco trenzado en el maxilar superior.



FIGURA 92.

Fotografía tomada el 27 de julio de 1982. Obsérvese el leve apiñamiento en el sector anterior y un apreciable overjet. Nótese además la colocación de aparatos en el maxilar inferior.

FIGURA 93.

Fotografía de enero 18 de 1983. Se nota un gran overjet. Destáquese la zona inflamatoria a nivel del cuello del central izquierdo, por la presencia de una excrecencia adamantina.





FIGURA 94.

Fotografía tomada el 2 de marzo de 1983. Se ha extraído el primer premolar superior izquierdo y se está distalando el camino.

FIGURA 95.

Fotografía tomada el 2 de marzo de 1983. Obsérvese el resorte seccional para distalar el camino.





FIGURA 96.

Fotografía tomada el 28 de septiembre de 1983. Se ha colocado un arco de retrusión superior. El problema del overjet se está controlando.

FIGURA 97.

Fotografía tomada el 28 de septiembre de 1983. La misma situación de la figura 96 por el lado izquierdo. Es importante destacar la vecindad del canino con el primer





FIGURA 98.

Fotografía tomada el 30 de noviembre de 1983. Problema del aumento del overjet, el cual está bastante controlado.

FIGURA 99

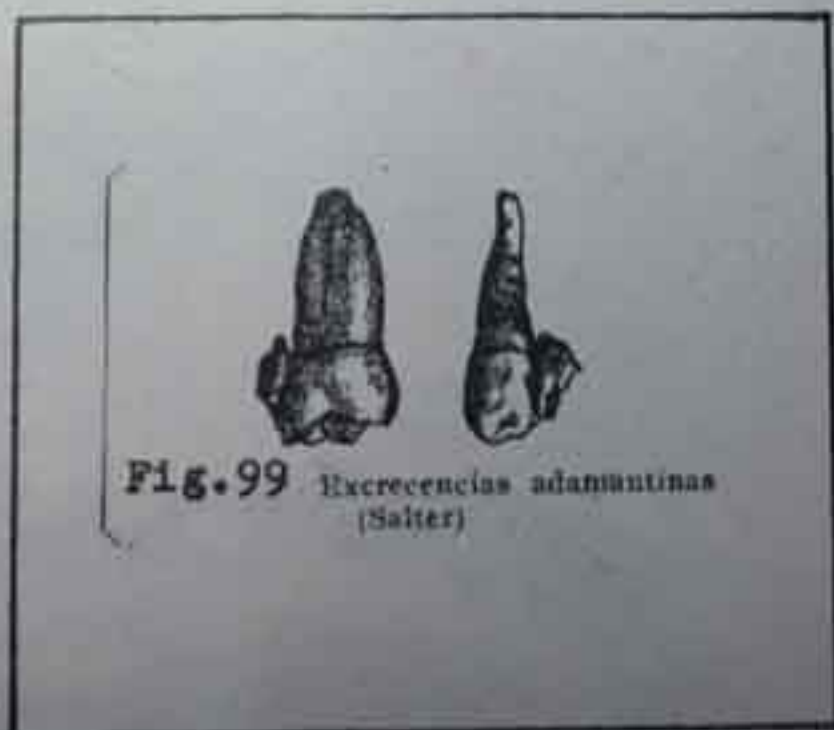




FIGURA 100.

El caso después de haberse retirado los aparatos. Fotografía tomada el 10 de mayo de 1984.

FIGURA 101.

Fotografía tomada el 10 de mayo de 1984. El caso visto por el lado derecho.





FIGURA 102.

El caso visto por el lado izquierdo. Hay un leve aumento del overjet. El paciente continúa con placa de contención. Fotografía tomada el 10 de mayo de 1984.

FIGURA 103.

Radiografía del caso No. 3 tomada el 18 de marzo de 1983.



6. BIBLIOGRAFIA

1. BORJA DE GUZMAN, Pedro Dr.-Rinoversión de incisivos centrales superiores. Tratamiento de dos casos muy similares de extraordinaria rareza. Revista Hispano-Americana de Odontología. Volumen VIII, No. 45, mayo/junio 1969, págs. 173 a 186.
2. HOTZ, Rudolf.- Ortodoncia en la Práctica diaria. Segunda edición, 1973, págs. 384, 434 y 435.
3. GRABER, T. M. Ortodoncia,, Teoría y Práctica. Págs. 308 y 335.
4. DURANTE AVELLANAL, Ciro.- Diccionario Odontológico. Tercera edición.
5. SALVAT EDITORES, S. A. Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. X Edición, 1972.
6. PERIODONTOLOGIA CLINICA.- Dr. Irving Glickman. IV Edición interamericana.
7. PATOLOGIA Y TERAPEUTICA ODONTOLOGICA.- Burchard, - Inglis 1940.
8. IZARD, G.- La Practique Stomatologique. Tomo VII, 1950.
9. HOTZ.- Odontopediatría. 1977.